

ГЕСТОЗ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

*Мацуганова Т.Н., Винников А.В., Платонова О.Л.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
УЗ «Больница скорой медицинской помощи»*

Введение. Гестоз является одним из наиболее тяжелых осложнений беременности. Основными клиническими характеристиками патологии являются отеки, протеинурия и гипертензия. Однако «внешние» проявления гестоза не отражают полностью изменений, происходящих в организме беременной – это нарушение сосудисто-тромбоцитарного звена, развитие гиперкоагуляции, расстройство микроциркуляции, снижение перфузии жизненно-важных органов и нарушение их функции, что, в конечном счете, ведет к полиорганной недостаточности [1,2].

Наибольшую опасность представляют тяжелые формы гестоза, последствиями которых могут быть развитие эклампсии, легочно-сердечной недостаточности, отек легких и мозга, кровоизлияние в мозг, почечная и печеночная недостаточность, отслойка плаценты, коагулопатические кровотечения [1,2,3]. Существующие в настоящее время различные балльные методы оценки тяжести гестоза основаны, главным образом, на степени выраженности клинических проявлений патологии (отеки, протеинурия, гипертензия), причем критерии их оценки, особенно протеинурии, существенно отличаются [2,3,4].

Целью настоящей работы явилось изучение клинико-лабораторных показателей оценки тяжести гестоза по данным отделения реанимации и интенсивной терапии роддома БСМП г Витебска.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов 65 женщин с гестозом, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии роддома БСМП в 2009 году.

Оценка тяжести гестоза проводилась по шкале Goeke в модификации Г.М.Савельевой [2], в которой, наряду с оценкой выраженности отеков, протеинурии и гипертензии, учитывается длительность течения гестоза, наличие синдрома задержки развития плода (СЗРП) и фоновых заболеваний, которые утяжеляют течение гестоза. Кроме того, нами использовались критерии тяжелого

гестоза Американского общества акушеров-гинекологов (ACOG, 2002) и рекомендации Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy (2001, 2003).

В работе использована выкопировка данных анамнеза, общеклинических, лабораторных, ультразвуковых, кардиомониторных методов обследования. Результаты представлены в относительных величинах.

Результаты и обсуждение. Возраст женщин колебался от 18 до 36 лет: основная масса женщин (53,4%) была в возрасте 19-30 лет, до 19 лет – 10,0%, старше 30 лет – 36,6%. Первородящих было 72,3%, повторнородящих – 27,7%.

У 23,3% беременных гестоз развился на фоне эндокринной патологии, у 26,7% - заболеваний сердечно-сосудистой системы и у 5,8% - заболеваний почек. Первые симптомы гестоза у 52,9% женщин появились в сроке беременности 30-35 недель, у 11,7% - до 30 недель, в 36-37 недель – у 35,4%. Классическая триада симптомов наблюдалась в 54,3% случаев, сочетание гипертензии с протеинурией – в 11,4%, гипертензии и отеков – в 32,1%, отеков и протеинурии – в 2,2%.

При проведении оценки тяжести гестоза только по балльной системе имела место недооценка состояния в 41,5% случаев. Использование дополнительных клинико-лабораторных критериев позволило провести переоценку состояния беременных. Учитывались субъективные жалобы (головная боль – в 7,7%, «заложенность» носа – в 6,2%, расстройство сна – в 9,0% случаев), изменения глазного дна (26,6%) и коагулограммы (увеличение уровня Д-димеров или РКМФ (12,3%), повышение уровня аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз (6,2%), снижение ЦВД (16,8%), олигурия и жажда (17,6%), высокий гематокрит (16,8%), гипопротейнемия (16,8%). В соответствии с дополнительными критериями тяжелый гестоз был диагностирован у 29,4% женщин, гестоз средней степени тяжести – у 70,6%.

Стартовая терапия начиналась с создания лечебно-охранительного режима (реланиум или диазепам, дроперидол, антигистаминные препараты), снижения периферического сосудистого сопротивления (адалат - ингибитор кальциевых каналов, сульфат магния в/в), проведения инфузионной терапии после катетеризации центральной вены (гидроксизилированный крахмал 6% или 10%, глюкоза 10%) под контролем ЦВД, почасового диуреза, гематокрита, пульсоксиметрии, мониторинга показателей гемодинамики. Далее проводилась коррекция водно-электролитного и белкового баланса, коагуляционного потенциала, метаболических нарушений и маточно-плацентарного кровотока.

Улучшение состояния на фоне комплексной интенсивной терапии отмечено у 64,7% женщин, в основном с гестозом средней степени тяжести. У 35,3% женщин лечение оказалось неэффективным, что послужило показанием к родоразрешению. Сроки родоразрешения: до 30 недель – в 11,7% случаев, в 30-35 недель – в 47,0%, в 36-38 недель – в 23,5%, после 38 недель – в 17,8%.

Родоразрешено путем операции кесарева сечения 65% женщин, 35% - через естественные родовые пути (5,9% с тяжелым гестозом на фоне стабилизации состояния и готовности родовых путей и 29,1% - с гестозом средней степени тяжести). Показаниями к кесареву сечению были: отсутствие эффекта от лечения тяжелого гестоза (29,4%) и гестоза средней степени тяжести (5,9%), прогрессирующее нарушение фето-плацентарного кровотока и/или задержка внутриутробного развития плода II-III ст. (29,4%), многия высокой степени осложненная (11,8%), несостоятельность рубца на матке (5,9%), отсутствие

эффекта от родовозбуждения (5,9%), в родах – клинически узкий таз, дискоординированная родовая деятельность (по 5,9%). В одном случае наложены акушерские щипцы в связи с острой гипоксией плода. Основным методом обезболивания операции кесарева сечения была спинальная анестезия (95,5%), родов - эпидуральная анестезия, в том числе упреждающая.

Все дети родились живыми. Тяжелых осложнений гестоза и случаев материнской летальности не было.

Выводы.

1. При оценке тяжести гестоза необходимо использовать дополнительные клинико-лабораторные показатели.

2. Правильная оценка тяжести гестоза позволяет своевременно приступить к интенсивной терапии в условиях отделения реанимации под постоянным мониторингом состояния беременной и плода.

3. Соблюдение сроков лечения и выбор оптимального метода родоразрешения позволяет обеспечить благоприятные исходы для матери и плода.

Литература

1. Киселева, Н.И. Актуальные проблемы гестоза (патогенез, диагностика, профилактика и лечение): монография / Н.И.Киселева, С.Н.Занько, А.П.Солодков – Витебск: ВГМУ, 2007 – 196 с.
2. Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и неонатологии / А.В.Куликов [и др.] – Москва: Мед.книга, Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 264 с.
3. Савельева, Г.М. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков, В.Н.Серов – М., 1999.
4. Оценка степени тяжести гестоза (по данным литературы) / И.С.Сидорова, О.С.Белявская, Н.А.Никитина [и др.] // Акуш. и гин. – 2008. – № 3. – С. 40-43.